

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1883

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 19 Décembre 1883, à 1 heure.

PAR ALFRED LANDRY,

Né à Frévent (Pas-de-Calais), le 21 juillet 1859.

Médecin élève du service de santé militaire.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER DU SEIN CHEZ L'HOMME

Président : M. VERNEUIL, professeur.

*Juges : MM. { TRÉLAT, professeur.
KIRMISSON, A. ROBIN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1883

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1883

THÈSE

N° 46

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 19 Décembre 1883, à 1 heure.

PAR ALFRED LANDRY,

Né à Frévent (Pas-de-Calais), le 21 juillet 1859.

Médecin élève du service de santé militaire.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU

CANCER DU SEIN CHEZ L'HOMME

Président : M. VERNEUIL, professeur.

Juges : MM. { TRÉLAT, professeur.
KIRMISSON, A. ROBIN, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1883

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BÉCLARD.

Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		SAPPEY.
Physiologie.....		BÉCLARD.
Physique médicale.....		GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....		WURTZ.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		PETER.
Pathologie chirurgicale.....		GUYON.
		DUPLAY.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		ROBIN.
Opérations et appareils.....		LE FORT.
Pharmacologie.....		REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....		HAYEM.
Hygiène.....		BOUCHARDAT.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....		PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE
Pathologie comparée et expérimentale.....		VULPIAN.
		SEE (G.)
Clinique médicale.....		JACCOUD.
		HARDY.
		POTAIN.
Clinique des maladies des enfants.....		N.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		BALL.
Clinique des maladies syphilitiques.....		FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....		CHARCOT.
		RICHEL.
Clinique chirurgicale.....		GOSSELIN.
		VERNEUIL.
		TRELAT.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchements.....		PAJOT.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeur honoraire :

M. DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	HALLOPEAU.	PEYROT.	RIBEMONT.
BOUILLY.	HANOT.	PINARD.	RICHELOT.
BUDIN.	HANRIOT.	POUCHET.	RICHEL.
CAMPENON.	HENNINGER.	QUINQUAUD.	ROBIN (Albert).
DEBOVE.	HUMBERT.	RAYMOND.	SEGOND.
FARABEUF, chef	HUTINEL.	RECLUS.	STRAUS.
des travaux ana-	JOFFROY.	REMY.	TERRILLON.
tomiques.	KIRMISSON.	RENDU.	TROISIÈRE.
GUÉBHARD.	LANDOUZY.	REYNIER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. VERNEUIL

Professeur à la Faculté de médecine de Paris,
Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien des hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur.

A MON MAITRE M. LANCEREAUX

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital de la Pitié,
Membre de l'Académie de médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES ANCIENS PROFESSEURS DE L'ÉCOLE
D'ARRAS

A MON MÉDECIN EN CHEF M. TORNEAU

Médecin principal de 1^{re} classe,
Médecin-chef de l'hôpital militaire Saint-Martin.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER DU SEIN CHEZ L'HOMME

AVANT-PROPOS.

Nous avons pu observer dans le service de M. le professeur Verneuil un très beau spécimen de cancer du sein chez l'homme. C'est une affection relativement rare, et les observations qui en existent sont encore peu nombreuses. Aussi, poussé dans cette voie par les sages conseils de notre savant maître, nous avons cru qu'il ne serait pas inutile d'ajouter une nouvelle observation à celles que nous possédons déjà, et nous avons fait de cette affection le sujet de notre thèse inaugurale. Toutefois nous ne nous sommes pas dissimulé les difficultés que nous pourrions rencontrer au cours de notre travail. L'anatomie pathologique est encore loin d'être complète, et les recherches microscopiques qui ont été faites sur ce sujet sont encore bien peu nombreuses pour nous autoriser à donner de ce

genre de tumeurs une classification complète. L'étude des symptômes, quoique plus avancée, ne l'est pas encore suffisamment pour nous permettre d'établir les caractères bien définis de la maladie et de faire sortir de l'ensemble des faits que nous possédons un type clinique dans lequel tous les cas viendraient se fusionner et dont ils ne seraient que des modalités.

Nous ferons néanmoins tous nos efforts pour mener à bonne fin ce travail, nous estimant heureux si nous pouvons avoir contribué quelque peu à l'étude de l'affection qui nous occupe.

Puissions-nous mériter ainsi la bienveillance de nos juges.

Nous ne saurions trop remercier notre excellent maître, M. le professeur Verneuil, qui a bien voulu nous donner l'idée de ce travail, qui nous a aidé de ses sages conseils et a eu l'extrême obligeance de mettre à notre disposition les observations qu'il possède. Nous le prions de vouloir bien recevoir l'expression de notre profonde reconnaissance.

Nous adressons aussi tous nos remerciements à notre excellent ami M. le docteur Nepveu, qui a bien voulu nous communiquer ses recherches sur l'anatomie pathologique.

DIVISION.

Voici la marche que nous nous proposons de suivre dans ce travail.

Après avoir rapidement esquissé l'histoire de la question, nous rappellerons l'observation que nous

avons recueillie dans le service de M. le professeur Verneuil. Nous aborderons ensuite l'étude de l'anatomie pathologique, divisant les tumeurs d'après leurs caractères en différents groupes, et citant à l'appui les exemples qui nous auront paru les plus complets.

Dans les paragraphes suivants, nous étudierons successivement l'étiologie, la symptomatologie, la marche, la durée, le pronostic et le traitement.

Nous reporterons à la fin quelques observations que nous avons consultées et qui n'ont pas trouvé place dans le cours de ce travail, et nous terminerons en exposant nos conclusions.

HISTORIQUE.

C'est à peine si l'on avait signalé l'existence du cancer du sein chez l'homme avant le commencement de ce siècle. Depuis, presque tous les chirurgiens en ont vu, et nous en trouvons un assez bon nombre de cas épars dans les différents journaux français et étrangers.

Cruveilhier, dans son Anatomie pathologique, livraison 24, planche 4, rapporte un très beau spécimen de cancer fongiforme chez un homme de 40 ans.

Velpeau, dans son Traité des maladies du sein, consacre deux pages à l'étude du cancer du sein chez l'homme.

Lebert, l'a observé deux fois, et nous trouvons ces deux cas signalés dans son deuxième volume d'anatomie pathologique.

Bérard, dans sa thèse d'agrégation (1842) sur le diagnostic des tumeurs du sein, n'y consacre que quelques lignes.

Vidal, dans son Traité de pathologie externe, en parle à peine.

En Angleterre Birkett dans son traité in the diseases of the breast parle d'un sarcome séro-kystique développé chez un homme de 52 ans, et ajoute quelques mots sur le carcinome.

Milton, in Medico-chirurgical Transactions, rapporte un assez bon nombre de cas de cancer du sein chez l'homme.

En Italie, Corradi dans ses commentaires de la chirurgie en Italie en signale quelques cas.

Mais il faut arriver à la thèse d'agrégation de M. Horteloup (1872) pour trouver un travail d'ensemble d'une certaine importance sur ce sujet. Cette thèse ne renferme pas moins d'une soixantaine de faits.

En 1876, sur l'inspiration de M. Verneuil, le docteur Chenet publia dans sa thèse sept nouvelles observations.

M. le D^r Poirier dans un travail tout à fait récent a traité d'une façon remarquable le chapitre de l'anatomie pathologique.

OBSERVATION I (personnelle).

Cancer du sein chez l'homme. — Cancer épithélial bien net.

(Observation recueillie dans le service de M. le professeur Verneuil).

Fernand (Victor), 40 ans, découpeur en marquetterie, entre le 30 octobre dernier, pour une tumeur qu'il porte au sein

droit, dans le service de M. le professeur Verneuil, à l'hôpital de la Pitié, salle Michon, lit n° 2.

Antécédents. — Le malade a encore son père et sa mère, qui sont âgés l'un de 80 ans et l'autre de 70. Ils sont toujours bien portants et n'ont jamais été malades. Ses grands-parents sont morts très vieux. Deux sœurs, l'une de 20 ans et l'autre de 27, ont toujours joui d'une bonne santé.

Lui-même est d'une forte et robuste constitution, d'un embonpoint assez marqué. Il a été soldat, a fait la campagne d'Italie, mais n'en a rien ressenti; il n'a jamais été malade.

Il est à Paris depuis 20 ans, où il a toujours exercé la profession de découpeur en marquetterie. Dans cette profession, le bras doit exercer un mouvement continu de va-et-vient en avant et en arrière; le bras gauche a peu de fatigue.

De temps en temps aussi l'ouvrier se sert pour le grattage du bois d'un outil dont la tête étroite vient prendre point d'appui au niveau du sein droit. La tumeur a débuté il y a dix-huit mois par un noyau de la grosseur d'une noisette, situé à deux centimètres au-dessous du mamelon. Depuis cette époque elle a toujours été en augmentant, et cela d'une façon insensible. Elle est restée indolente et le mamelon n'a jamais été le siège d'un écoulement soit sanguin, soit séreux.

Il y a un an, sur les conseils d'un médecin il prit de l'iodure de potassium et appliqua sur la tumeur qui était alors grosse comme un œuf de pigeon une pommade ayant pour base l'iodure de potassium et de la belladone. Ce traitement suivi pendant un an ne réussit pas à arrêter les progrès du mal.

Depuis le 1^{er} octobre il appliquait sur la tumeur une pommade à la ciguë, qui ne fit qu'amener l'inflammation de la peau à ce niveau.

Le malade a cessé tout traitement local depuis son entrée à l'hôpital.

Aspect de la tumeur. — Si l'on regarde les deux seins, on remarque à première vue que le droit est plus proéminent et surtout plus large que le gauche. Le mamelon est retracté, noirâtre, enfoncé de quelques millimètres. L'aréole a conservé sa couleur normale. La peau qui entoure cette aréole présente quelques points rouges disséminés ayant la largeur d'une petite lentille. Au dire du malade, ces points rouges n'existaient pas

avant l'application de la pommade à la ciguë et ont diminué depuis la cessation de ce traitement.

A la palpation. — Si nous venons à palper le sein droit, nous constatons l'existence d'une tumeur très dure, à surface lisse, non douloureuse à la pression, ayant à peu près la forme d'un cône dont la base reposant sur le grand pectoral serait très large et la hauteur très petite. Ce cône serait d'ailleurs irrégulier, car la base n'est pas symétriquement placée par rapport au mamelon qui en occupe le sommet : ainsi la circonférence de base passe à un centimètre et demi en dedans du mamelon, à deux centimètres au-dessus, à trois centimètres en dehors, à trois centimètres et demi en dessous ; la base est donc déjetée en bas et en dehors.

La peau qui recouvre la tumeur lui est très adhérente, principalement en bas et en dehors ; elle est très indurée ; le tissu cellulaire environnant présente lui-même un certain degré d'induration. La tumeur est mobile sur le grand pectoral ; on lui imprime facilement des mouvements de haut en bas et de bas en haut ; les mouvements dans le sens transversal sont moins étendus.

A deux centimètres en dehors du mamelon, on constate l'existence d'une petite tumeur mobile sur la première ; elle est à peu près du volume d'une fève et est intimement unie à la peau, qui est rouge à ce niveau. A deux centimètres en dehors de la tumeur principale, on trouve un autre noyau induré, sensiblement du même volume, mais plus profond et moins adhérent à la peau.

Nous constatons dans le creux axillaire correspondant l'induration manifeste de plusieurs ganglions donnant la sensation d'une masse mamelonnée du volume d'un œuf de pigeon.

Opération. — Le 9 novembre, le malade endormi, M. Verneuil procède à l'extirpation de la tumeur. Le sein est largement circonscrit par une incision en forme de raquette dont la queue va se perdre dans le creux axillaire. La tumeur avec la peau qui la recouvre est ensuite séparée à l'aide du bistouri de la surface du grand pectoral. Elle ne paraît contracter avec ce muscle aucune adhérence ; cependant M. Verneuil enlève en même temps l'aponévrose et quelques fibres musculaires, craignant que ce muscle, sain en apparence, ne fût aussi compromis : nous verrons en effet que ces prévisions ont été pleinement confirmées par l'anatomie pathologique.

M. Verneuil enlève ensuite le paquet de ganglions du creux de l'aisselle, le séparant de sa face profonde à l'aide d'un instrument moussé, et le circonscrivant à sa périphérie par des ligatures successives faites avec l'aiguille de Deschamps et sectionnant ensuite avec les ciseaux. De cette façon les vaisseaux qui reliaient la tumeur au creux de l'aisselle et les ganglions plongés au milieu du tissu graisseux ont été enlevés tout d'une masse.

Caractères macroscopiques de la tumeur. — La tumeur, du volume d'un petit œuf de poule, est plongée au milieu d'une masse graisseuse indurée. Elle est très dure à la coupe et crie sous le scalpel. La surface de coupe est d'une couleur tirant sur le gris; elle nous présente de petites aréoles translucides entourées par des tractus fibreux d'un blanc mat. A la périphérie de la tumeur on voit manifestement ces tractus se prolonger dans le tissu graisseux environnant.

Le paquet ganglionnaire extirpé du creux de l'aisselle se présente sous l'aspect d'une masse graisseuse au milieu de laquelle on constate l'existence de deux ganglions ayant le volume d'une noisette et de plusieurs autres se rapprochant plus ou moins du volume d'un pois. Ces ganglions sont très durs, crient sous le scalpel, et leur surface de coupe a sensiblement les mêmes caractères que ceux de la tumeur principale.

Nous devons à l'extrême obligeance de M. le Dr Nepveu l'étude histologique de la tumeur.

Sur une coupe générale du sein, on voit que la tumeur s'étend de la base du mamelon à la périphérie des lobules et que la glande est prise dans toute sa masse et dans toute son étendue. Elle est très volumineuse et offre à peu près les dimensions d'une mamelle bien développée chez la femme.

Nulle part la peau n'est atteinte, le mamelon est sain.

A la coupe, on aperçoit à la surface des stries irrégulières, grisâtres, jaunâtres, indice d'un ramollissement en voie d'évolution.

Dans tous ses points, la tumeur offre le même degré de développement. Les acini glandulaires sont énormément développés, les cellules épithéliales sont énormes, riches en plasma, le plus souvent très granuleuses. La disposition générale lobulaire de la glande semble encore respectée; vaine apparence, car dans le tissu conjonctif, on aperçoit de longs boyaux

tubulaires remplis d'épithéliums et de longs tractus de jeunes cellules épithéliales. Les lymphatiques sont bondés de cellules épithéliales. Partout, les éléments épithéliaux sont parsemés d'un grand nombre de granulations graisseuses ou de simples granulations.

Le tissu aponévrotique du muscle grand pectoral est envahi dans quelques points.

Les ganglions axillaires sont remplis de masses épithéliales considérables en dégénérescence granulo-graisseuse elles aussi.

En résumé, nous avons affaire ici à un cancer épithélial bien net de la glande mammaire.

Complications à la suite de l'opération. — La plaie est laissée béante et pansée à plat avec le traitement phéniqué. Dès le soir du premier jour, la température monte à 39°. M. Verneuil signale le lendemain l'existence de lymphangite et d'adénite sus-claviculaire, et trouve ainsi l'explication de cette ascension si subite de la température. Les ganglions sus-claviculaires sont manifestement engorgés et la peau qui s'étend entre eux et la plaie est parsemée de traînées de lymphangite d'un rouge vif.

La plaie commence à suppurer ; on installe les pulvérisations phéniquées.

Dans la nuit du 11 au 12, le malade est pris d'une hémorragie qui s'est effectuée par l'un des vaisseaux du creux de l'aisselle et a été du reste peu abondante. Elle a rapidement cédé aux moyens appropriés. La température est toujours élevée, 39°,4, et se maintient quelques jours encore à ce niveau. Les rémissions matinales sont cependant assez marquées.

Le 16, la température revient pour la première fois à 37°, mais le soir elle monte encore à 38° pendant quelques jours. L'état général du malade est toujours satisfaisant ; le teint est néanmoins un peu pâle.

État actuel. — L'adénite sus-claviculaire s'est transformée en abcès : la peau à ce niveau est rouge et forme une tuméfaction oblongue et rénitente. Le pus a décollé la peau et vient se vider dans la plaie, près du creux axillaire. La surface de la plaie a notablement diminué ; la peau à son pourtour est rétractée et on constate un commencement de cicatrisation complète. La plaie a un bon aspect et est recouverte de bour-

geons charnus de bonne nature. La suppuration est presque tarie, sauf au niveau du creux de l'aisselle, où elle présente encore un certain degré d'intensité.

L'état général du malade est d'ailleurs excellent ; il n'a plus de fièvre et commence à reprendre appétit. Il conserve toujours une certaine pâleur de la face.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ADÉNOME.

Avant d'aborder l'anatomie pathologique du cancer du sein chez l'homme, nous avons cru devoir dire quelques mots sur l'Adénome que l'on y a rencontré quoique rarement.

L'Adénome est l'hypertrophie glandulaire caractérisée tantôt par la formation exagérée d'épithélium et de vésicules glandulaires, tantôt par la prédominance de l'élément fibreux. Si l'Adénome est une tumeur bénigne et ne récidive pas après l'ablation, il n'en est pas moins vrai qu'il est souvent lié à un état constitutionnel, à la diathèse cancéreuse, c'est ce qui nous a engagé à en parler. Il n'est pas rare de voir une femme atteinte d'Adénome ou de fibrome engendrer une fille cancéreuse et réciproquement. L'influence de la diathèse cancéreuse sur la production de tumeurs de nature différente est si manifeste que nous pouvons trouver réunis chez le même individu un cancer et une autre tumeur.

M. Verneuil, s'est appesanti sur ce point dans sa clinique du 5 décembre dernier, et a opéré à la suite

une femme qui portait un épithélioma au sein, des tumeurs fibreuses au lobule de chacune des deux oreilles et une tumeur de même nature au-dessus de l'épaule gauche.

Quoiqu'il en soit l'Adénome du sein est rare chez l'homme; Velpeau n'a rencontré dans le sein de l'homme qu'un cas de tumeurs adénoïdes. En voici l'observation :

OBSERVATION II.

Tumeur adénoïde en forme de chou-fleur chez un homme âgé de 85 ans. Destruction de la tumeur par la ligature. Guérison.

M. D..., officier de santé, ancien chirurgien des armées, me pria de lui donner des soins pour une maladie du sein qui le tourmentait depuis longtemps. Je fus d'abord frappé de l'odeur et de l'aspect de son mal. C'était au sein gauche, il y avait là une masse large de 15 centimètres environ, lobulée ou granulée à la façon du chou-fleur, d'un gris sale et légèrement rougeâtre, et de laquelle exsudait une matière ichoreuse semipurulente. Des anfractuosités divisaient profondément cette tumeur presque jusqu'à ses adhérences au thorax, de telle sorte qu'elle paraissait formée de plusieurs végétations collées l'une sur l'autre. Toutes ses parties cependant étaient confondues en une seule racine d'environ 4 centimètres d'épaisseur, qui occupait la région mammaire. On retrouvait dans cette masse l'élasticité, la densité des tumeurs adénoïdes et non pas la mollesse, la consistance fongueuse ou médullaire des tumeurs encéphaloïdes. Le malade, qui la portait depuis quinze ans, chez lequel elle s'était ulcérée depuis trois ans, s'en inquiétait beaucoup moins d'ailleurs, par suite des douleurs assez légères qu'elle occasionnait qu'à cause du suintement dont elle était le siège et de l'odeur désagréable qu'elle répandait. A son âge, il était peu désireux de se soumettre à l'action des instruments tranchants; j'insistai peu moi-même sur l'emploi de cette ressource et nous convinmes qu'une ligature jetée sur la racine de la tumeur serait serrée

de plus en plus chaque jour au moyen du serre-nœuds de Desault. La chute du champignon s'effectua ainsi sans accident dans l'espace de quinze jours et la plaie mit ensuite trois semaines à se cicatriscr. M. D... a encore vécu quatre ans sans qu'il soit rien revenu au sein ; il est mort d'une maladie tout à fait étrangère à sa tumeur mammaire.

Dans un numéro du Medical Times (1874, vol. II, p. 203), nous trouvons une autre observation de tumeur adénoïde qui a été recueillie dans le service de Demarquay à la Maison de santé.

OBSERVATION III.

Tumeur dans le sein droit. Elle apparut pour la première fois il y a trois ans et resta stationnaire pendant un an, étant alors de la grosseur d'une aveline dure et indolente ; sans contusion, elle commença à s'accroître si rapidement qu'en six mois elle avait atteint le volume d'un œuf. Elle se ramollit et devint fluctuante. La peau qui, jusqu'alors, avait conservé sa couleur normale, devint plus rouge, sans cependant prendre un caractère inflammatoire. Pendant que cette tumeur s'accroissait lentement, une seconde se développait à côté d'elle et le malade, quoique ne souffrant pas, demanda l'opération. A son entrée, le 19 mai, la tumeur fortement saillante avait une circonférence bien définie et consistait en trois lobes mobiles sur les parties sous-jacentes. Sa circonférence était de 30 centimètres et sa hauteur de 6 centimètres. La peau qui la recouvrait était rouge et fortement adhérente. A sa partie interne, on pouvait sentir une tumeur kystique volumineuse et au côté externe un autre kyste de date récente. Le mamelon était très déplacé ; il n'y avait pas de ganglion dans le creux axillaire. La tumeur enlevée le 27 mai fut facilement détachée du grand pectoral. A l'examen, on trouva que la tumeur était simplement adénoïde sans caractères de malignité.

Le professeur Corradi, dans ses Commentaires de la chirurgie en Italie, signale aussi deux cas d'adénome, ainsi que le prouve le passage suivant :

« D'après ce qui paraissait à l'examen microscopique et résultait des caractères cliniques, les tumeurs enlevées de la mamelle d'un homme à l'hôpital de Padoue par le D^r François Parona (Gazet. med. Lomb., 1868, p. 258) et chez un autre à l'hôpital de Novara par le D^r Bottini (Bordeaux. Première réunion chirurgicale à l'hôpital de Novara. Revue triennale, 1866-68) étaient simplement des adénomes. »

ÉPITHÉLIOMA.

L'Épithélioma du sein chez l'homme est très rare, comparativement aux autres formes de cancer. Nous ne le trouvons pas signalé avant les deux observations qu'en rapporte M. Horteloup. M. Poirier y ajoute une observation due à M. le D^r Thorens et une autre qu'il a lui-même recueillie pendant son internat à l'hôpital Lariboisière.

Le cas qui fait le sujet de notre première observation en est un très bel exemple. L'examen histologique de la tumeur fait avec le plus grand soin par M. Nepveu nous permet d'affirmer qu'elle a débuté par la glande mammaire. « La tumeur s'étend de la base du mamelon à la périphérie des lobules et la glande est prise dans toute sa masse et dans toute son étendue ». L'origine glandulaire et la nature épithéliale de la tumeur sont encore nettement accusées par le passage suivant de la note que M. Nepveu a eu l'obligeance de nous remettre :

« Les acinis glandulaires sont énormément déve-

loppés, les cellules épithéliales sont énormes, riches en plasma, le plus souvent très granuleuses. La disposition générale lobulaire de la glande semble encore respectée; vaine apparence, car dans le tissu conjonctif on aperçoit de longs boyaux tubulaires remplis d'épithéliums ». Ce cas a donc les apparences de l'épithélioma lobulé et les éléments de l'épithélioma tubulé.

L'une des observations que rapporte M. Horteloup est un cas d'épithélioma cylindrique. M. Robin en a fait l'examen histologique, mais il ne fait pas mention de l'origine de la tumeur. Il a trouvé « qu'elle était formée par une traînée fibreuse, d'ailleurs peu abondante, qui retient dans ses mailles des cylindres d'épithélioma devenu pavimenteux par segmentation de la matière amorphe d'interposition. Ces cylindres ne sont plus entourés de membrane propre glandulaire. Les épithéliums outre le changement qu'ils ont éprouvé par le passage à l'état de cellule, et l'hypergenèse dont ils sont le siège, se sont encore énormément hypertrophiés. Toutes les cellules sont nucléolées. Quant aux points jaunes qu'on remarque au centre de la tumeur, ce sont des épithéliums passés à l'état phymatoïde par la présence dans l'intérieur des cellules d'une grande quantité de granules graisseux réfractant fortement la lumière et qui masquent le nucléole et même le noyau ». La seconde observation se rapporte à un épithélioma lobulé de la mamelle. M. Cornil en a fait l'examen histologique et a trouvé « dans toute l'étendue de la préparation des lobules

arrondis, ovoïdes et mesurant en diamètre 0^{mm}35 à 0^{mm}45. Leur limite est formée par le tissu conjonctif sur lequel s'implantent directement des cellules pavimenteuses, soudées et disposées en couches épaisses : celles-ci remplissent complètement la cavité de la plupart des lobules ».

« Il est probable que la tumeur s'est développée dans le derme comme un cancroïde, né profondément aux dépens des glandes de la peau qui recouvrent la région mammaire ».

L'observation recueillie par M. Poirier est un beau cas d'épithélioma intra-canaliculaire. L'examen histologique fait par M. Mayor a montré « qu'on avait affaire dans ce cas à un épithélioma cylindrique du sein. Cette tumeur semble avoir été primitivement intra-canaliculaire et avoir dilaté d'abord les cavités atrophiées de la glande normale jusqu'à les transformer en cavités kystiques visibles à l'œil nu ».

Dans l'observation que M. le Dr Thorens publia dans l'Union médicale (1881 n° 7), M. Nepveu après un examen histologique approfondi a porté le diagnostic d'épithélioma tubulé de la glande mammaire ayant envahi toute la glande jusqu'aux conduits galactophores profonds et ajoute : Il semblerait que le point de départ ait été dans la mamelle.

De tout ceci nous pouvons conclure que l'Epithélioma débute plus souvent par la glande mammaire, mais qu'il peut aussi avoir pour point de départ les glandes profondes de la peau. Nous pouvons aussi conclure qu'on rencontre plus souvent l'épithélioma tubulé,

puisque nous n'avons remarqué l'épithélioma lobulé qu'une fois sur cinq, les quatre autres étant tubulés.

CARCINOMES.

On appelle ainsi les tumeurs que Laënnec désignait sous le nom de squirrhe et encaphloïde et qui avant lui avaient le nom générique de cancer. De ces deux formes, le squirrhe est certainement de beaucoup celle qu'on rencontre le plus fréquemment. Vidal dans son Traité de pathologie externe semble indiquer qu'il ne se développe que sous cette forme, ainsi qu'il résulte du passage suivant : « Le cancer de la mamelle chez l'homme se développe sous la forme du squirrhe ». Walshe croit aussi que le cancer du sein chez l'homme est toujours de nature squirrheuse. Velpeau en 1839 n'avait encore vu dans le sein de l'homme d'autres cancers que des squirrhes ; mais il a pu constater depuis l'existence de tumeurs véritablement encéphaloïdes un certain nombre de fois.

Nous étudierons d'abord le cancer squirrheux, puis le cancer mélanique, qu'on a rencontré aussi dans le sein de l'homme.

1° *Carcinome fibreux ou squirrhe*. — Le squirrhe est caractérisé par une trame fibreuse abondante et par sa pauvreté en éléments cellulaires. C'est lui, avons-nous dit, qu'on rencontre le plus fréquemment dans le cas qui nous occupe.

Mais si les observations de squirrhes sont nombreuses, les études histologiques n'en sont pas moins très rares.

Voici un exemple de carcinome fibreux dont le diagnostic est appuyé sur l'examen histologique et par conséquent certain.

Il est emprunté à la chirurgie italienne et relaté dans les *Annali universali* de novembre 1879; nous ne l'avons pas trouvé reproduit dans les ouvrages français.

Nous rapporterons ensuite un cas de carcinome épithélial à marche envahissante emprunté à la thèse, du docteur Chenet, et cité par M. Poirier.

OBSERVATION IV.

Cancer fibreux ou squirrhe à forme atrophique.

(*Annali universali*, nov. 1878).

Le cas se rapporte à un certain Comoglio François, âgé de 60 ans, de Notta-di-Conti (aux environs de Vercelli).

Il me raconta n'avoir souffert d'aucune autre maladie que d'un eczéma qui le fit souffrir longtemps, l'obligeant parfois à prendre le lit, et dont il a encore maintenant des traces manifestes.

Il n'est ni alcoolique, ni syphilitique. Il y a environ quatre ans, il commença à s'apercevoir d'une petite tumeur au mamelon, tumeur qui ne l'incommodait aucunement et qui resta longtemps stationnaire; seulement depuis quatre ou cinq mois, sans cause apparente, c'est-à-dire sans que le sujet ait irrité la partie avec des remèdes locaux, et sans cause traumatique, la tumeur se mit à croître, à provoquer des douleurs lancinantes continuelles qui s'irradiaient dans le bras et qu'exaspéraient les mouvements du membre lui-même.

Aux premiers jours de mai 1876, quand le malade se présenta à moi pour la première fois, la tumeur mammaire avait le volume d'un œuf ordinaire; le mamelon était rétracté sous la tumeur, la peau adhérente et rugueuse mais non ulcérée.

Pas d'engorgements des ganglions axillaires et sous claviculaires.

Le malade se trouvant dans de bonnes conditions générales, et insistant pour que je le débarrasse de son mal qui le faisait souffrir physiquement et moralement, je lui conseillai de venir habiter la ville, et je pratiquai l'extirpation du sein le 8 mai. Il refusa la chloroformisation et je me bornai à une anesthésie locale. L'opération ne présenta aucune accident, et je pratiquai la réunion.

Le malade n'eut pas la moindre fièvre et, au troisième jour en enlevant les points de suture, je trouvais complète la cicatrisation par première intention. Au septième jour, l'opéré retournait chez lui complètement guéri.

L'examen macroscopique et l'examen microscopique ne laissaient aucun doute sur sa nature ; il s'agissait du vrai cancer fibreux ou squirrhe, à forme atrophique. Le suc ligneux propre au cancer manquait, pour ainsi dire, spécialement au centre. La portion fibreuse était dure, compacte, condensée.

La guérison ne fut que temporaire ; après quelques mois de rémission pendant lesquels Comoglio put vaquer à ses affaires, en bon état de santé, la tumeur commença à repulluler au centre de la cicatrice, affirmant ainsi par sa récurrence, la nature maligne du néoplasme et l'exactitude du diagnostic.

Les ganglions sous-axillaires participèrent cette fois à l'affection ; la tumeur ne tarda pas à s'ulcérer, et le 1^{er} décembre de la même année une deuxième opération fut jugée nécessaire. Je la pratiquai à Notta-di-Conti avec l'aide de mon éminent collègue, Antoine Cordara, aujourd'hui médecin adjoint à l'hôpital de Vercelli.

La cicatrisation fut cette fois plus lente ; le malade revint de nouveau à l'état de santé et se crut guéri. Mais bientôt revinrent les douleurs lancinantes, et la cachexie cancéreuse fit de tels progrès qu'elle enleva le malade dans le courant de janvier 1878, c'est-à-dire un peu plus d'un an après la deuxième opération.

OBSERVATION V.

Carcinome épithélial du sein chez l'homme avec généralisation dans les vaisseaux lymphatiques avoisinant.

(Recueillie dans le service de M. Verneuil. In th. Chenet).

Le 7 décembre 1875, le nommé Lavialle (Jean), âgé de 53 ans, conducteur d'omnibus, est entré à la Pitié, grande salle Saint-Louis, lit n° 6 (service de M. Verneuil), pour ulcère qu'il porte au niveau de la région mammaire gauche, et pour une oppression considérable qui lui est survenue depuis six semaines.

Au mois de juillet 1872, Lavialle reçut un coup de timon au niveau du sein gauche; la douleur qu'il ressentit fut vive et réapparut à divers intervalles, mais il ne vit aucun gonflement; au contraire, il fit remarquer à sa femme que le mamelon de ce côté se déprimait d'une façon notable.

Six mois après il constata que sa chemise était un peu tachée de sang, et s'aperçut alors que son mamelon rétracté était ulcéré.

Quatre ou cinq mois plus tard, il reçut (de rechef) sur le sein gauche un coup de tête de cheval, ce fut un coup de fouet pour l'ulcération qui s'agrandit et prit environ le diamètre d'une pièce de deux francs; en même temps, il eut à plusieurs reprises, des douleurs lancinantes qui l'obligeaient de s'arrêter s'il marchait; il se produisit alors du gonflement au bord de l'ulcère et un durcissement considérable. La plaie, suivant l'expression du malade, se creusa de plus en plus, et offrit cet aspect de mammelonnement particulier au cancer; le malade consulta un médecin, il prit de l'iodure de potassium; lui fit sur le sein des badigeonnages de teinture d'iode. Le mal empirait, le malade saupoudra sa plaie avec du camphre et y appliqua des compresses imbibées de goudron. Les bourgeons charnus, de noirâtres à aspect sale qu'ils étaient, prirent une teinte rouge. Mais l'ulcération ne tarda pas à prendre une plus grande étendue, en même temps que les bourgeons remplissaient le fond de la plaie. Une très grande gêne de la respiration se manifesta et le malade entra à l'hôpital pour se faire soigner de son « asthme cancéreux ». Il éprouve pendant l'ins-

piration une constriction au niveau du larynx et accuse aussi la sensation d'un poids vers la région sternale qui est située entre les deux seins,

Nous passons alors à l'examen de la partie malade : nous voyons un vaste ulcère, dur, immobile, allongé transversalement, un peu rétréci dans son tiers externe. Il mesure environ 11 centimètres de diamètre horizontal sur 6 de diamètre vertical, les deux diamètres passent par le centre du mamelon. Cet ulcère, d'un rouge vif quand il est lavé, offre une surface irrégulière, des bords saillants ; il repose sur une base dure et épaisse ; en certains points, nous remarquons des anfractuosités profondes, délimitées par des bourgeons charnus exhubérants ou fongosités ; l'aspect général de la plaie est d'un gris noirâtre, d'une coloration qui est due à un liquide séreux, grisâtre, à odeur spécifique ; c'est ce qu'on a appelé ichor cancéreux. Nous remarquons, au pourtour de l'ulcération, de petites élévations très dures, d'un rouge lie de vin ; les ganglions de l'aisselle sont engorgés : on a sous le doigt la sensation de grains de chapelets endurcis. A la partie externe du creux de l'aisselle, nous notons un petit enfoncement non ulcéré entouré d'une alvéole noirâtre ; celle qui entoure l'ulcère est sillonnée de veinosités ; le malade prétend qu'elles y étaient avant le coup. La peau dans cette région est visiblement rétractée vers le creux axillaire. La face du sternum, qui regarde la plaie, semble envahie sur une vaste surface par la tumeur cancéreuse ; il y a même, à quelques centimètres du sein droit, une induration semblable à celles que nous avons notées autour de l'ulcère. A l'endroit qui sépare le tiers externe des deux autres tiers de la clavicule, se trouve comme implantée sur l'os et faisant corps avec lui une tumeur grosse comme une cerise et qu'il faut attribuer aussi à la généralisation du cancer.

Nous interrogeons ce malade au point de vue de l'hérédité qui nous semble nulle. Sa mère est morte à 66 ans, son père à 46 a été emporté par la fièvre typhoïde, ses grands parents sont morts septuagénaires et octogénaires ; quant à lui, il ne se souvient n'avoir eu dans sa vie qu'une pneumonie ; il a joui d'une bonne santé jusqu'au jour où il a reçu un premier coup sur le sein ; nulle part, nous n'avons trouvé chez lui de traces de scrofule ; il n'a jamais eu, dit-il, de maladies vénériennes. Il

a eu quinze enfants dont quatre seulement sont vivants (tous sont morts entre six mois et un an). Interrogé sur son alimentation, il nous a répondu qu'il se nourrissait bien, mais qu'il buvait de 2 litres à 2 litres 1/2 de vin par jour. Cet homme a ce que l'on appellerait un tempérament nerveux; de plus, c'est un névropathe; nous noterons ici, pour l'expliquer au chapitre étiologie, que nous avons rencontré souvent coïncidence entre la névropathie et le cancer. Nous constatons un profond retentissement sur la santé générale, le malade est arrivé à la dernière période, c'est-à-dire à celle de cachexie cancéreuse; son appétit est considérablement diminué, ses selles sont moins régulières qu'à l'état normal; en six semaines il a subi un amaigrissement rapide.

En le fixant attentivement, on lui reconnaît la teinte jaune paille caractéristique; en même temps que l'amaigrissement, se sont manifestés beaucoup d'affaiblissement, essoufflement énorme, essoufflement qu'il faut attribuer à la généralisation du cancer vers le parenchyme pulmonaire. A la percussion nous avons trouvé une matité considérable, et à l'auscultation du souffle bronchique qui n'est autre qu'un bruit normal anormalement transmis. Par moments, le malade tousse; jusqu'à présent, son expectoration n'a pas renfermé de sang (nous en avons trouvé des stries trois jours avant sa mort). Nous lui avons demandé, pour compléter son examen, s'il avait des douleurs dans les lombes, il nous a répondu affirmativement; mais faut-il attribuer ces douleurs à un dépôt cancéreux dans les os, ou à la position assise à laquelle il était constamment astreint.

Les organes génitaux ont conservé leur volume normal.

Nécropsie. — Le malade a succombé le 12 décembre à 8 heures du matin. Nous procédons à l'examen du cadavre; nous lavons l'ulcère et nous en voyons le fond qui est jaune rougeâtre, il n'adhère pas aux côtes et est distinct des bords du sternum, il est compris entre la 3^e et la 5^e côte. Le cancer nous semble *à priori*, avoir pris naissance dans la couche profonde de l'épiderme. La tumeur de la clavicule ne fait pas non plus corps avec l'os. Son tissu comme celui de la base de l'ulcère du sein est dur, blanc cordacé, il crie sous le scalpel. La clavicule est rouge au niveau de cette tumeur; en la sectionnant à cet endroit, elle nous offre une teinte violacée. En pressant entre les doigts le tissu des poumons, nous sentons,

surtout au bord inférieur, des indurations comme crétacées; en les incisant, nous les trouvons composées d'une trame dure semblable à celle que nous avons observée dans les autres tumeurs. Le foie largement incisé nous offre un aspect graisseux; en examinant sa surface de près, nous y remarquons de petites indurations lenticulaires, qui, évidemment, ne sont autres qu'un commencement de dépôt de tissu cancéreux. Rien dans le cerveau. Rien au cœur. Rien à la rate. Les reins sont sains. Nous avons refoulé, mais vainement, le paquet intestinal afin d'avoir à découvert la colonne vertébrale; mais les douleurs que le malade ressentait à son niveau ne se trouvent pas expliquées, car il n'y a pas là de transport cancéreux; peut-être, en faisant une coupe des vertèbres lombaires, aurions-nous trouvé au microscope les éléments du cancer.

Histologie. — (Nous remercions M. le Dr Nepveu, chef du laboratoire de la Pitié, qui nous a transmis cette note). — Sur une coupe fine du tissu ulcéré, on voit, à l'examen microscopique, de nombreuses alvéoles du carcinome avec les cellules épithéliales caractéristiques. Ces cellules se retrouvent également dans la profondeur de petits tubercules sous-épidermiques situés au pourtour de l'ulcération; la peau qui les recouvre est à peine envahie dans ses couches les plus profondes.

ENCÉPHALOÏDE.

Cette forme, caractérisée par la prédominance des éléments cellulaires sur le tissu fibreux, peut aussi se développer, quoique beaucoup plus rarement que le squirrhe, dans le sein de l'homme. Cruveilhier, Velpeau, Vidal, Bérard, en ont rencontré des exemples.

Velpeau, dans son *Traité des maladies du sein*, en mentionne trois cas : « 1° Une fois la tumeur, qui n'était pas encore ulcérée, offrait le volume des deux poings, existait chez un homme d'une cinquantaine d'années et commençait à se ramollir sur une de ses principales losselures; 2° Un homme de 48 ans avait

Landry.

le sein gauche occupé par de larges fongosités cérébroïdes en même temps que l'aisselle était remplie de tumeurs de même nature non ulcérées. 3^e Extirpation du creux de l'aisselle en 1847, d'une masse cancéreuse ulcérée chez un homme qui avait subi dix-huit mois auparavant l'ablation d'un large encéphaloïde de la mamelle. »

Cruveilhier, dans son atlas d'anatomie pathologique, liv. 24, pl. 4, nous donne l'observation d'un très beau cas de carcinome encéphaloïde. C'est la meilleure et la plus complète que nous ayons trouvée: nous la reproduisons tout au long.

OBSERVATION VI.

Cancer fongiforme de la mamelle chez un homme de 40 ans.
Sein droit.

(Atlas d'anatomie pathologique, liv. XXIV, pl. 4. Cruveilhier).

Cet homme faisait remonter la cause de sa maladie à un coup d'épée qu'il reçut à la mamelle en se battant en duel. Cette blessure légère en apparence se cicatrisa incomplètement. Il resta tout autour une induration douloureuse et qui, au bout d'un temps assez long proémina en deux ou trois petits mamelons. La peau changea de couleur, s'excoria, et bientôt se développèrent tous les caractères du cancer ulcéré. Le malade habitait la province, fut soumis à divers traitements; on insista particulièrement sur le régime antiphlogistique, après quoi on enleva la tumeur avec l'instrument tranchant. La plaie résultant de cette ablation ne se cicatrisant pas et prenant la physionomie cancéreuse, le malade vint à Paris où il fut soumis à l'examen de M. Manry, de Paul Dubois et de plusieurs autres confrères.

Les antécédents, l'apparence spécifique de l'ulcération engagèrent M. Manry à soumettre le malade à la décoction de Littman, moyen qui fatigue beaucoup, détermine de l'amai-

grissement, sans modifier en rien les symptômes existants; ce fut alors que le malade étant menacé d'une fin prochaine, sous la double influence des hémorrhagies et de la gangrène, se décida à entrer à la maison royale de santé où Paul Dubois, alors chirurgien de cette maison, pratiqua l'amputation du foyer cancéreux: Le grand pectoral qui adhérait à une partie de la base de la tumeur fut emporté bien au-delà des limites de l'adhérence.

C'est ce foyer cancéreux que nous avons représenté. Bien que l'ablation eut été aussi complète que possible et pratiquée aux dépens des parties saines; bien que les glandes de l'aisselle fussent dans l'état le plus parfait d'intégrité, la maladie répullula. Après un an ou dix-huit mois d'un traitement palliatif, on enleva de nouveau la masse cancéreuse et on cautérisa profondément avec le fer rouge: mais cette opération n'eut pas de suites plus heureuses que la première; bientôt survint de l'oppression qui décelait un épanchement dans la poitrine, l'infiltration des membres inférieurs et un amaigrissement rapide: c'est dans ce fâcheux état que le malade quitta Paris pour retourner dans sa province où il mourut quelques mois après.

La figure I représente un fongus d'une horrible fétidité, laquelle semblait résulter d'un mélange d'odeur gangréneuse et d'odeur cancéreuse: ce fongus était le siège d'hémorrhagies continuelles qu'arrêtait difficilement la compression et qui épuisaient le malade.

La tumeur lobuleuse et mamelonnée semble résulter de la juxtaposition des mamelons lobuleux d'inégal volume dont la plupart sont gangrenés à leur surface ou dans une partie de leur épaisseur. Quelques-uns de ces mamelons sont recouverts par une membrane mince et vasculaire qu'on pourrait considérer comme la peau amincie ou comme une couche superficielle de la peau dégénérée dans toute son épaisseur. L'œil armé d'une loupe distinguait à travers la transparence de la couche superficielle des alvéoles fibreuses remplies d'une substance gélatineuse, demi-transparente. Il a dès lors été évident que ces gros mamelons étaient formés aux dépens du corps même de la peau dont les mailles étaient pénétrées de suc cancéreux gélatineux. La coupe de la tumeur représente un tissu blanc, s'écrasant en grumeaux sous les doigts, présentant beaucoup

de rapports par l'aspect et le ton de la couleur avec les mets connus sous le nom de blanc-manger. L'étude attentive de ce tissu m'a montré que, d'une base généralement molle, dense seulement dans quelques points, partaient des prolongements lamelleux ou plutôt fibreux juxtaposés se séparant avec la plus grande facilité et se terminant à la surface des mamelons. Entre ces prolongements lamelleux, que je ne puis mieux comparer qu'aux longues papilles que présente le cancer fongiforme de la muqueuse gastrique ou intestinale, se voyait du sang qui se présentait sous trois états bien distincts : 1^o ici des gouttes globuleuses, de petites taches de sang disséminées au milieu d'un tissu blanc ; 2^o là, petits foyers de sang sans parois ; 3^o vaisseaux noueux, tantôt suivant la direction des fibres et tantôt perpendiculaires à cette direction, jamais ramifiés, formant quelquefois des anses ; on aurait dit que ces petits courants sanguins étaient cohibés par des parois vasculaires, mais que j'ai vainement cherchées. Je ferai observer que le sang était liquide et qu'il s'écoulait en totalité lorsqu'on ouvrait les canaux dans lesquels il était contenu.

La substance qui avoisinait la surface des mamelons était convertie en une pulpe qui avait beaucoup d'analogie pour l'aspect avec la pulpe cérébrale et cette pulpe, pénétrée de foyers de sang avait elle-même beaucoup d'analogie avec l'aspect du cerveau dans l'apoplexie capillaire.

Dans l'épaisseur de quelques mamelons de la circonférence non encore entamés par la gangrène, j'ai trouvé des cavités ou géodes irrégulières, remplies de substance caséuse jaunâtre, granulée à la manière du riz cuit. Je considère cet état comme constituant la suppuration des cancéreux.

Du reste les parties envahies par le cancer étaient la peau, la glande mammaire et le tissu adipeux sous-cutané : le grand pectoral, quoique intimement uni à une partie de la tumeur, n'était pas encore envahi.

Carcinome mélanique. — Le carcinome mélanique rappelle les caractères de l'encéphaloïde dont il se distingue par l'addition d'éléments pigmentaires aux corpuscules du cancer. C'est une forme très rare.

M. le D^r Poirier, dans sa thèse, n'en a noté que trois cas. Dans le premier, qu'il emprunte à la thèse du D^r Chenet, le sujet est un homme de 41 ans dont la mère est morte d'un cancer de l'intestin. Dans le mois de décembre 1874, M. Verneuil, appelé, constata les particularités suivantes : « plaques indurées à contour irrégulier occupant toute l'aréole, sur un point de laquelle on retrouvait le mamelon. Pas d'adhérences au grand pectoral ; mais, en revanche, ulcération assez profonde, à bords taillés à pic et renversés en dehors, pus sanieux au centre, quelques croûtes sur les bords. Le mal offrait les caractères d'un épithélioma ulcéré ; mais la teinte noire des bords, en certains points, et de quelques-uns des bourgeons du centre, révélait trop clairement l'existence du cancer mélanique. » L'opération fut pratiquée le 18 décembre et l'examen microscopique de la tumeur montra « des cellules et des granulations pigmentaires en nombre considérable. » Un an après l'opération, le malade présentait tous les symptômes de la cachexie cancéreuse.

Pour nous résumer, nous dirons que le cancer se développe le plus souvent dans le sein de l'homme sous la forme du squirrhe dont nous trouvons une soixantaine d'observations ; que l'épithéliome, variété un peu moins grave, a été notée cinq fois et qu'on a aussi rencontré quelques cas de carcinomes encéphaloïdes et mélaniques, variétés les plus graves de toutes.

TUMEURS FIBRO-PLASTIQUES.

Nous désignons sous ce nom les tumeurs constituées par les éléments du tissu conjonctif embryonnaire et qu'on a encore appelées sarcome, plasmome. Ces tumeurs doivent être rattachées à la diathèse cancéreuse; elles offrent les principaux caractères du cancer à récidive; engorgement ganglionnaire, généralisation et, une fois enlevées, peuvent même récidiver sous la forme de cancer. Ce sont ces différentes considérations qui nous ont poussé à dire quelques mots de cette variété de tumeurs que nous avons trouvée signalée dans la mamelle de l'homme. Elles y sont cependant assez rares.

Le professeur Corradi dans ses commentaires de la chirurgie en Italie nous en donne un exemple qu'il rapporte en ces termes : « Une tumeur fibro-plastique qui le plus souvent ne se voit que chez la femme fut rencontrée et extirpée par le docteur Gherini, des deux mamelles d'un vieillard de soixante ans, qui vécut en bonne santé le reste de sa vie.

« Tezzonico. — Dissertations. — La tumeur examinée présentait les caractères d'une tumeur fibro-plastique, avec prédominance du système sanguin artériel. »

M. Horteloup dans sa thèse d'agrégation donne l'observation d'un cas de sarcome nucléaire qui lui a été communiqué par le professeur Simon Duplay. Nous la trouvons signalée dans la thèse de M. Poirier. Nous la reproduisons ci-après.

OBSERVATION VII.

Sarcome nucléaire. (Empruntée à M. Horteloup.)

M. B..., jouissant d'une bonne santé habituelle, sans antécédents cancéreux dans sa famille, me fut adressé par le professeur Lasègue dans le courant du mois d'avril 1869. « Il était porteur d'une petite tumeur du sein gauche, ayant débuté quelques mois auparavant sans cause appréciable et tendant à s'accroître assez rapidement depuis deux mois.

Cette tumeur, qui présente le volume d'un gros œuf de poule, occupe le segment externe du sein gauche, en dehors du mamelon et est allongée transversalement. La peau qui la recouvre, légèrement violacée et parcourue par quelques vaisseaux dilatés, adhère sur la partie la plus saillante.

La tumeur est libre d'adhérences sur les parties profondes. La consistance est molle et donne la sensation d'une fausse fluctuation; elle est à peu près indolente, et devient seulement de temps à autre le siège de quelques élancements.

Il n'existe aucun engorgement ganglionnaire dans l'aisselle. Je diagnostique une tumeur de nature maligne et je conseille l'ablation. L'opération est faite le 17 avril avec anesthésie.

La tumeur est circonscrite à l'aide de deux incisions courbes, de manière à emporter la portion de peau adhérente; puis disséquée à sa face profonde, et facilement enlevée.

L'écoulement sanguin a été peu abondant; deux ou trois ligatures ont suffi.

La guérison de la plaie a été entravée par un érysipèle survenu quelques jours après l'opération; la santé générale est parfaite et il n'existe aucune trace de récurrence.

L'examen microscopique de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un sarcome nucléaire. Indépendamment de quelques cellules fusiformes en très petit nombre, la presque totalité de la tumeur était constituée par des noyaux libres, réunis en masses par une substance intermédiaire peu abondante. M. le docteur Poirier ajoute : « le malade a été suivi depuis onze ans par M. le Dr Duplay et il n'a point eu de récurrence. »

ÉTIOLOGIE.

Les affections cancéreuses de la glande mammaire chez l'homme sont relativement rares. M. le professeur Verneuil, dans sa longue et laborieuse carrière, n'a pu en observer que cinq cas. M. le Dr Poirier, dans un travail récent sur ce sujet et après de minutieuses recherches tant dans la littérature française que dans la littérature étrangère, n'en a pu réunir qu'une centaine de cas.

Nous avons été nous-même surpris de l'extrême rareté des observations publiées en Italie sur ce sujet et du nombre relativement considérable de celles que nous avons pu lire dans les journaux anglais : *The Lancet* et *The Medical Times*. En France, les observations moins nombreuses qu'en Angleterre le sont beaucoup plus qu'en Italie et en Allemagne.

Les écrits sur ce sujet que nous avons consultés ne nous apprennent que peu de chose sur l'étiologie du cancer du sein chez l'homme. La plupart portent cette mention; sans cause appréciable ou bien sans antécédents héréditaires; beaucoup restent muettes sur ce sujet.

L'hérédité est signalée dans une observation rapportée dans la thèse du Dr Chenet et dans quelques autres encore.

Le traumatisme est plus souvent incriminé; c'est ce qui a lieu chez le malade que nous observons en ce moment dans le service de M. Verneuil. Il rapporte son

mal aux pressions répétées d'un outil sur le sein droit; peut-être aussi chez ce malade l'activité plus grande que doit déployer le grand pectoral droit dans les mouvements en avant et en arrière du bras correspondant n'est-elle pas étrangère à la localisation du mal à droite.

Dans un autre cas rapporté par le D^r Chenet, c'est un coup de timon reçu au niveau du sein gauche qui fut le point de départ de la tumeur.

Les individus atteints de cancer du sein sont souvent d'une bonne constitution, robustes, bien musclés et présentant un certain embonpoint. Cependant dans quelques cas nous voyons dominer le tempérament herpétique: ainsi à l'observation IV le sujet était atteint d'un eczéma des deux jambes lorsque survint la tumeur. Dans un autre cas rapporté par Humphry, le cancer du sein avait été précédé d'un eczéma des deux mamelons.

M. Verneuil, dans ses Cliniques, a longuement insisté sur les relations qui existent entre l'arthritisme et le cancer. Il faut rattacher, dit-il, la diathèse néoplastique à la diathèse arthritique. Il y a entre le cancer et la goutte, l'asthme, l'eczéma, les calculs biliaires une liaison étroite. Un père goutteux qui a six enfants a beaucoup de chance pour voir se développer chez l'un d'eux le cancer. M. Creighton croit qu'une cause prédisposante de la formation du cancer du sein chez l'homme, c'est le développement considérable du tissu mammaire avec tendances fonctionnelles.

Cruveilhier avait émis cette idée avant lui quand il

dit : « Or bien qu'il n'y ait pas dans l'économie un lieu si petit, si peu vivant qu'il soit, qui n'ait été vu envahi par le cancer ; cependant, toutes choses égales d'ailleurs, une surabondance de développement et de vie exerce sur la prédisposition au cancer, comme d'ailleurs sur celle à toutes les maladies, une influence non équivoque. »

Quant à l'âge auquel se manifeste le cancer, nous avons trouvé comme limites extrêmes 23 et 84 ans.

Sur 58 cas de cancer du sein chez l'homme, M. Poirier a trouvé sous ce rapport les résultats suivants :

De 20 à 30 ans.	1 cas.
30 à 40 —	7 —
40 à 50 —	15 —
50 à 60 —	16 —
60 à 70 —	15 —
70 à 80 —	3 —
80 à 90 —	1 —

Rapprochons de cette statistique celle dressée par M. Lebert au sujet de la même affection chez la femme :

Sur 62 cas :

De 25 à 30 ans.	1 cas.
30 à 35 —	4 —
35 à 40 —	8 —
40 à 45 —	10 —
45 à 50 —	11 —
50 à 55 —	12 —
55 à 60 —	6 —
60 à 65 —	3 —
65 à 70 —	4 —
70 à 75 —	1 —
75 à 80 —	2 —

Il ressort de ces deux statistiques que le cancer du sein se montre surtout de 40 à 70 ans chez l'homme et de 40 à 55 ans chez la femme. Bilioth « in Deutsche Chirurgie », 1880, nous donne la fréquence relative du cancer du sein chez l'homme et chez la femme. Il a rencontré le cancer 245 fois chez celle-ci et 7 fois chez l'homme, ce qui fait environ 2,82 0/0. Lebert a vu de son côté 2 cas chez l'homme et 60 chez la femme, soit 3,33 0/0. Le sein gauche est beaucoup plus souvent atteint que le sein droit. Dans une observation que nous avons rapportée, les deux seins ont été pris successivement. Quoi qu'il en soit, les causes que nous avons signalées (traumatisme, irritation, etc.) ne sont que des causes occasionnelles ; il faut la constitution qui fait naître le cancer, sous l'influence de causes dont la nature intime nous est encore inconnue.

SYMPTOMATOLOGIE.

Les sujets atteints de cancer du sein ne viennent en général consulter qu'à une période déjà avancée de la maladie, alors qu'ils sont inquiétés soit par l'accroissement rapide de la tumeur, soit par une douleur plus ou moins vive qu'elle détermine, soit encore par un écoulement de sang par le mamelon. Aussi, ne pouvons-nous établir les premiers symptômes que sur les commémoratifs du malade, qui souvent sont peu précis. C'est ordinairement par hasard que le malade, portant la main sur le sein, s'aperçoit qu'il est le siège d'une petite in-

duration ayant déjà atteint le plus souvent le volume d'une noisette, la douleur avait progressé jusque-là d'une façon insidieuse. D'autres fois, les frottements répétés de la chemise sur le mamelon devenu proéminent par le développement d'un nodule cancéreux à son niveau attirent l'attention du malade par l'irritation qu'ils déterminent. Dans une observation de Mercier et Stensky, l'écoulement du sang par le mamelon fut le premier symptôme. Dans l'observation de Cruveilhier que nous avons reproduite, c'est une blessure qui ne se cicatrice qu'incomplètement.

Marche. — La tumeur une fois remarquée peut encore rester longtemps stationnaire : ainsi dans l'observation I la tumeur était restée quatre ans sans s'accroître sensiblement, mais à un moment donné, sous l'influence d'un coup, d'une irritation ou même sans cause appréciable, la tumeur fait de rapides progrès et alors nous pouvons observer les symptômes suivants. La tumeur est très variable comme volume ; dans notre observation I elle avait atteint la grosseur du poing : c'est le cas le plus ordinaire ; mais elle peut acquérir le volume de la tête d'un petit enfant, comme nous le voyons dans un cas rapporté par Corradi. La tumeur offre le plus souvent une grande consistance, une surface quelquefois lisse, mais ordinairement plus ou moins bosselée. Elle est plus ou moins mobile sur le grand pectoral. La peau qui la recouvre lui est souvent très adhérente et plus ou moins altérée dans son épaisseur et sa couleur, tantôt amincie et lisse, tantôt

épaissie et plissée : nous avons constaté la rétraction du mamelon dans un grand nombre d'observations ; il présente alors un aspect noirâtre et rugueux.

Dans notre observation I, nous constatons l'existence de deux nodules cancéreux au voisinage de la tumeur ; l'un d'eux a envahi la peau.

La douleur ne survient le plus souvent qu'à un degré déjà avancé de la maladie ; elle a été cependant dans quelques cas le premier symptôme observé. Elle peut manquer comme dans notre observation I. Quoi qu'il en soit, lorsqu'elle apparaît elle est ordinairement lancinante, vive, avec élancement dans le bras correspondant. Elle peut être spontanée ou provoquée.

L'adénite axillaire n'est pas constante ; nous ne la trouvons pas dans notre observation IV ni dans celle de M. Thorens au moment de la première opération. Mais dans les deux cas la récurrence eut lieu et cette fois avec engorgement des ganglions. Nous pensons donc que cet engorgement non constant au début finit toujours par se manifester, mais à une période variable suivant les cas.

L'hémorrhagie par le mamelon est assez fréquente, nous avons vu qu'elle pouvait apparaître comme premier symptôme ; mais elle est souvent plus tardive et accompagne alors l'ulcération.

L'ulcération a été notée un certain nombre de fois, elle apparaît à un âge assez avancé de la tumeur ; très petite au début, elle prend souvent une marche envahissante, présente une coloration gris noirâtre, une surface aufractueuse. Ses bords sont ordinairement

saillants, indurés. Elle laisse suinter un liquide séreux, peu abondant, à odeur fétide, en un mot lichor cancéreux. Quelquefois comme dans l'observation VI l'ulcère bourgeonne et se transforme en fungus volumineux.

L'état général reste habituellement bon pendant quelque temps, mais tôt ou tard arrive la période de cachexie, caractérisée par une perte d'appétit considérable, un amaigrissement rapide avec affaiblissement. Ces symptômes sont l'indice d'une généralisation cancéreuse soit aux viscères, soit aux autres organes de l'économie.

Durée. — Les données sont incertaines sur ce point. Lebert dit que la durée moyenne du cancer du sein chez l'homme oscille entre 3 et 4 ans. Wagstaffe lui assigne une durée de 1 à 8 ans.

Pronostic. Récidives. — Le pronostic est très grave et d'après Lebert on ne peut porter qu'un secours palliatif par l'opération. Nous partageons entièrement cette idée ; M. Verneuil sur les cinq cas qu'il a vus a constaté quatre fois la récurrence après l'opération et une mort rapide par suite de cachexie cancéreuse. L'autre cas a été perdu de vue.

Vidal dans son Traité de pathologie externe est d'un tout autre avis ; il dit en parlant du cancer de la mamelle chez l'homme que les opérations qu'il nécessite réussissent très bien et que dans le plus grand nombre de cas il n'y a pas de récurrence. — Nous croyons que cette bénignité que signale Vidal n'est qu'apparente et

résulte de ce que les malades ont été perdus de vue trop tôt après la première opération, et qu'on n'a pas pu de la sorte constater les récidives.

Le pronostic, dit Lebert, nous paraît un peu moins défavorable pour le squirrhe que pour l'encephaloïde, qui a une tendance à marcher promptement et à récidiver plus rapidement après l'opération.

Nous dirons cependant pour terminer que le pronostic est un peu plus favorable chez l'homme que chez la femme, non pas à cause de la récidivité moins fatale, mais parce qu'on l'opère ordinairement de meilleure heure, que la récidive est plus lente à se manifester.

Les récidives sont fréquentes ; elles surviennent en moyenne un an après la première opération.

TRAITEMENT.

Nous ne parlerons pas des remèdes prétendus héroïques qui ont été vantés pour le traitement du cancer. Le seul traitement rationnel est l'ablation faite le plus tôt et le plus largement possible. On fera une incision en forme de raquette, on enlèvera la peau, parfit-elle saine, on extirpera les ganglions axillaires par la méthode que nous avons indiquée, car alors même qu'ils paraissent sains, comme dans l'observation de M. Thorens, leur engorgement et la récidive consécutive a prouvé leur infection.

D'ailleurs quand ils sont peu engorgés il est souvent très difficile de les sentir sous la peau.

Nous ne croyons point qu'on puisse agiter la question de la réunion immédiate pour les cas qui nous occupent. D'abord on est obligé de sacrifier une grande portion de la peau si l'on veut se placer dans les meilleures conditions possibles contre la récidivité, et la réunion ne peut être obtenue qu'au prix de tiraillements considérables. De plus, la suppuration vient très souvent décoller les lèvres de la plaie, et la guérison est alors beaucoup plus lente que dans les cas de non réunion.

Nous préférons donc laisser la plaie béante, panser à plat et installer les pulvérisations phéniquées, laissant à la nature le soin de rapprocher les deux lèvres de la plaie et de les réunir par un tissu de cicatrice.

OBSERVATION VIII.

Cancer du sein chez l'homme.

(Union médicale, 1881, n° 17 (Thorens).

A.R., 60 ans, concierge, 84, boulevard Malesherbes, vient me consulter pour une tumeur qu'il porte au sein gauche.

C'est un homme de forte stature, vigoureux, bien musclé dont la nutrition ne paraît pas avoir souffert. Il n'a pas fait de maladie antérieure; il n'a pas eu de rhumatismes; il n'est pas hémorroïdaire; il était sujet aux migraines. Les renseignements que nous avons pu recueillir ne nous font rien signaler comme antécédents héréditaires.

En 1874, il a été atteint d'un zona du côté gauche, ayant apparu d'abord au mamelon et a duré près de 18 mois. Il porte encore des cicatrices laissées par cette éruption en travers de la paroi thoracique.

En 1877, il remarque dans la région mammaire, au niveau même de l'aréole, une tumeur qui suit un développement lent et continu. Il n'y a pas, et il n'y a jamais eu d'écoulement par

le mamelon. Cette tumeur était peu douloureuse, rouge, un peu enflammée.

Il a vu à cette époque divers médecins qui lui ont conseillé l'ablation de la tumeur. Au lieu de suivre leurs conseils, il s'est mis entre les mains d'un empirique qui, au mois de mai 1879, lui a fait avec une lancette plusieurs incisions autour du mamelon et a insufflé une poudre dans chacune des ces incisions. A partir de ce moment, la tumeur s'est ulcérée ; le mamelon a disparu. En même temps la tumeur est très douloureuse ; les douleurs ont cependant été calmées par l'application d'une pommade à base de laurier-cerise.

A mon examen, la tumeur occupe la région mammaire gauche ; elle mesure 12 centimètres dans le sens transversal et 8 centimètres de haut en bas. Elle est dure, obscurément mamelonnée ; sa partie centrale est occupée par une ulcération à bords régulièrement tracés, mais peu profonds, non taillés à pic, saignant assez facilement, et du diamètre d'une pièce de cinq francs. La tumeur est adhérente à la peau qui fait corps avec elle, et qui, surtout dans les parties avoisinant l'ulcération, présente une teinte rouge livide. Elle est mobile, au contraire, avec la peau sur les tissus sous-jacents, et on peut facilement la faire glisser dans tous les sens. On ne remarque pas à sa surface de veines saillantes. Elle semble de plus nettement délimitée des tissus environnants et n'envoie pas les prolongements rameux que l'on rencontre dans certaines formes de tumeurs du sein. Elle n'est pas très douloureuse à la palpation, mais elle est le siège, au dire du malade, de douleurs lancinantes aiguës survenant par accès.

L'examen des ganglions axillaires pratiqué avec soin et à plusieurs reprises ne nous fait connaître aucun engorgement, aucune augmentation de volume de ces organes.

La santé générale de R... est d'ailleurs bonne, sa nutrition en bon état. Il n'a rien à la poitrine, rien au cœur, ses digestions sont faciles.

Opération 5 mai 1880.

La tumeur enlevée est examinée immédiatement ; elle s'écroule, criant sous le scalpel. En raclant la coupe on obtient un suc laiteux. La surface de coupe est d'un gris rosé, grenue, parsemée de petits orifices ; par place quelques points jaunâtres offrent un aspect vaguement aréolaire. Elle ne se sépare

pas d'avec la peau et on ne peut plus à l'œil nu distinguer les éléments de la glande de ceux du derme. Mon excellent ami le D^r Nepveu, le savant chef du laboratoire de l'hôpital de la Pitié, a bien voulu se charger de l'examen histologique de la pièce et il porte le diagnostic d'un épithélioma tubulé de la glande mammaire ayant envahi toute la glande jusqu'aux conduits galactophores profonds.

OBSERVATION IX.

Cancer du sein récidivé chez l'homme.

(Union médicale, 1881 (Thorens)).

Huit mois après la première opération, au mois de janvier 1881, R... se présentait dans mon cabinet, portant deux petites tumeurs indurées : l'une, apparue la première, siège à l'angle interne de la cicatrice; elle est ulcérée à son sommet et recouverte d'une croûte noirâtre; l'autre, dont l'apparition est d'un mois plus récente que la première, se trouve vers le milieu de la cicatrice. L'une et l'autre ont à peu près le volume d'un marron; elles sont dures, irrégulièrement bosselées, adhérentes à la peau, mais mobiles sur les tissus sous-jacents. Elles sont indépendantes manifestement l'une de l'autre. Les ganglions sont parfaitement indemnes. L'état général est très bon.

5 avril 1881. *Opération.* — La tumeur présentait à l'œil nu les mêmes caractères que celle qui avait été enlevée dans la première opération. M. le D^r Nepveu a bien voulu l'examiner, comme il l'avait fait de la première : c'était encore un épithéliome, mais dont la disposition glandulaire était moins nette, appartenant par conséquent à une variété dont le pronostic est plus grave au point de vue d'une généralisation future. La malignité de la tumeur a donc augmenté par le fait de la récidive; mais l'absence bien constatée de tout engorgement ganglionnaire me paraît justifier une opération qui pourra éviter ou tout au moins retardera une généralisation ultérieure.

OBSERVATION X.

(Medical Times, 1874, t. II, p. 119, Saint-Thomas's Hospital).

Double cancer du sein chez l'homme. Ablation des deux seins.
Guérison. (Wagstaffe.)

V. P..., âgé de 61 ans, bien constitué et en bon état, forgeron, est admis à l'hôpital Saint-Thomas le 20 mars, par M. Wagstaffe, avec diagnostic : squirrhe des deux seins. Dix-huit mois auparavant, il avait remarqué une grosseur dans le sein gauche, elle avait grossi lentement, mais sans douleur, jusqu'en août dernier, époque à laquelle elle commença à être un peu douloureuse, et le mois dernier elle a été gênante, tourmentant le malade par des douleurs lancinantes et l'empêchant de se servir de son bras gauche. La tumeur dans le sein droit a été remarquée depuis trois mois et était comparativement sans douleur. A l'extérieur, on constate dans le sein gauche une tumeur envahissant la peau dans une certaine étendue : celle-ci est rouge, mince et adhérente. La tumeur est saillante, unie, dure, demi-élastique, ovale, elle a deux pouces dans son diamètre transversal, elle est un peu nodulée près du mamelon qui est rétracté. Du côté droit on ne voit rien, mais un petit nodule squirrheux peut être distinctement senti sous le mamelon ; il n'est pas cependant bien limité. Il n'y a d'ulcération ni dans l'un ni dans l'autre cas, et il n'y a pas d'écoulement sanguin par le mamelon. Il y a quelques doutes sur l'état des ganglions axillaires du côté gauche, mais aucun engorgement distinct.

25 mars. — M. Wagstaffe enlève les deux seins.

Le D^r Creighton a examiné les tumeurs, qui étaient des exemples de vrai squirrhe ; il a consigné dans son rapport que les acini de la glande mammaire avaient été très bien observés. Ils présentaient par places « a germination of epithelium presenting a ridged and fenestated appearance. »

Les alvéoles étaient formées par des bandes de tissu fibreux et renfermaient « an adenoid network. » Leur apparence était favorable aux vues soutenues par Weldeger « as to the perivascular growth of mammary tumours. » Les parties les

plus molles des tumeurs étaient formées de masses de cellules caséuses par places et sans doute développées aux dépens des acini de la glande.

OBSERVATION XI.

Cancer du sein. Squirrhe (1881, April, The Lancet).

Le Dr Humphry montra un large cancer du sein, ayant la texture typique de squirrhe, qu'il avait enlevé avec un amas de ganglions axillaires à l'état de squirrhe, chez un homme âgé de 63 ans. La tumeur était très dure, pesante, avec un diamètre de 3 pouces; son épaisseur, après qu'elle fut enlevée, fut reconnue être d'un pouce et demi en haut.

Le mamelon correspondait à son centre et était rétracté; la peau était adhérente tout autour. On pouvait sentir que les ganglions lymphatiques de l'aisselle étaient endurcis. Le malade avait connaissance de la tumeur depuis environ un an; pas de mention de maladie antérieure.

Un eczéma du mamelon avait affecté à la fois le côté malade et la mamelle saine.

Le malade en parle comme d'une gale du mamelon.

Opération. Guérison.

CONCLUSIONS.

1° L'adénome du sein chez l'homme est relativement rare.

2° L'épithéliome débute ordinairement dans la glande et par exception dans la peau.

3° Le cancer peut se développer dans le sein de l'homme sous diverses formes. La forme la plus fréquente est le squirrhe.

L'encéphaloïde est la forme la plus maligne.

4° Le sarcome y est ordinairement bénin.

BIBLIOGRAPHIQUE.

- CRUVEILHIER. — Anatomie pathologique. Liv. XXIV, pl. IV.
LEBERT. — Physiologie pathologique, II, p. 317.
— Traité d'anatomie pathologique, II, p. 464.
BIRKETT. — The diseases of the breast. London, 1850, p. 257.
VELPEAU. — Traité des maladies du sein, p. 694.
MILTON. — Medico-chirurgical Transactions, vol. XL.
WALSHE. — The nature and treatment on cancer. London, 1846, p. 485.
BÉRARD. — Diagnostic différentiel des tumeurs du sein, p. 143, thèse d'agrégation. Paris, 1842.
HORTELOUP. — Des tumeurs du sein chez l'homme. Thèse d'agrégation. Paris, 1872.
CHENET. — Etude sur le cancer du sein chez l'homme. Thèse de Paris, 1876.
BERTHERAND. — Des tumeurs du sein chez l'homme. Annales médicales de la Flandre occidentale, IV, 513-517.
KLEBS. — Pathologische anatomie. Voir die Trüsk.
BILLROTH. — Deutsche chirurgie, 1880-81.
CORRADI. — Commentaires de la chirurgie en Italie, p. 413. Bologne, 1871.
— Annali universali di medicina e chirurgia, nov. 1879. (Squirithe atrophique.)
POIRIER. — Contribution à l'étude des tumeurs du sein chez l'homme. Thèse de Paris, 1883,
-

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — État hygrométrique. Hygromètres.

Chimie. — Arsenic et ses composés.

Histoire naturelle. — Solanées. Caractères de la famille, plantes qu'elle fournit à la médecine.

Analogie. — Muscles et vaisseaux du bras.

Histologie. — Tissu musculaire.

Physiologie. — Du sang, sa composition.

Pathologie externe. — Des abcès.

Pathologie interne. — Alcoolisme.

Pathologie générale. — De la fièvre.

Anatomie pathologique. — Lésions de la pleurésie.

Thérapeutique. — Différentes préparations du quinquina.

Hygiène. — Climat.

Médecine légale. — Empoisonnement par le charbon.

Accouchements. — Signes de la grossesse.

Vu, le président de la thèse,

VERNEUIL.

Vu et permis d'imprimer,

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GREARD.

